



WALIKOTA BATAM
PROPINSI KEPULAUAN RIAU

PERATURAN WALIKOTA BATAM

NOMOR : 9 TAHUN 2014

TENTANG

PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EMBUNG FATIMAH KOTA BATAM



DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

WALIKOTA BATAM,

- Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan telah ditetapkannya klasifikasi Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah Kota Batam sebagai Rumah Sakit Kelas B berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.03/I/0154/2013 tentang Penetapan Kelas RSUD Embung Fatimah Kota Batam dan Peraturan Daerah Kota Batam Nomor 7 Tahun 2013 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD Embung Fatimah Kota Batam, maka perlu dilakukan perubahan terhadap Pedoman Tata Kelola RSUD Embung Fatimah sebagaimana diatur dalam Peraturan Walikota Batam Nomor 4 Tahun 2010 tentang Pola Tata Kelola RSUD Embung Fatimah Kota Batam;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, selanjutnya ditetapkan Peraturan Walikota tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) RSUD Embung Fatimah Kota Batam;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi dan Kota Batam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 151, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3902) Sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2008 tentang Perubahan Ketiga Atas Undang-Undang Nomor 53 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Siak, Kabupaten Karimun, Kabupaten Natuna, Kabupaten Kuantan Singingi dan Kota Batam (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
KA	
KABAG.	

- Nomor 107, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4880);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) Sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5065);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1053);
 9. Peraturan Daerah Kota Batam Nomor 7 Tahun 2013 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah Kota Batam (Lembaran Daerah Kota Batam Tahun 2013 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Batam 92);

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
AG.	
KA.	
KABAG.	

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG PERATURAN INTERNAL RUMAH SAKIT (*HOSPITAL BYLAWS*) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EMBUNG FATIMAH KOTA BATAM.

BAB I
KETENTUAN UMUM

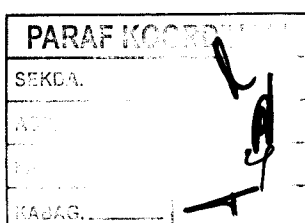
Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Batam.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Batam.
3. Walikota adalah Walikota Batam.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah Kota Batam.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah Kota Batam.
6. Wakil Direktur adalah Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.
7. Direksi adalah Pejabat Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah Kota Batam yang terdiri dari Direktur dan Wakil Direktur.
8. Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital Bylaws*) adalah aturan dasar yang mengatur tata cara penyelenggaraan Rumah Sakit meliputi peraturan internal korporasi/institusi dan peraturan internal staf medis.
9. Peraturan Internal Korporasi/Institusi (*Corporate Bylaws*) adalah aturan yang mengatur agar tata kelola korporasi (*corporate governance*) terselenggara dengan baik melalui pengaturan hubungan antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medik di Rumah Sakit.
10. Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) adalah aturan yang mengatur tata kelola klinis (*clinical governance*) untuk menjaga profesionalisme staf medis di Rumah Sakit.
11. Pemilik adalah pemilik Rumah Sakit Umum Daerah Embung Fatimah yaitu Pemerintah Daerah Kota Batam yang diwakili oleh Walikota Batam.
12. Pengelola adalah Direktur, Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.
13. Staf Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit.

PARAF KOORDINATOR	
SEKDA	
AS	
SA	
KASAG	

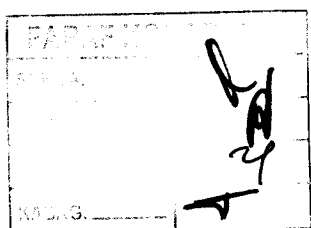
14. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat BLUD adalah instansi di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/ atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
15. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam peraturan perundangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya.
16. Dewan Pengawas Daerah adalah ~~unit~~ wadah non struktural yang bersifat independen dan bertugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.
17. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
18. Komite Etik dan Hukum adalah wadah non struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama membantu direksi dalam memberi pertimbangan dan saran serta penyelesaian masalah yang terkait dengan aspek hukum dan etika rumah sakit.
19. Komite Keperawatan adalah wadah non structural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.
20. Satuan Pemeriksa Internal adalah satuan kerja fungsional yang bertugas menganalisa sistem organisasi dan melakukan audit kinerja internal sesuai dengan rencana dan ketentuan yang berlaku.
21. Staf Medik Fungsional adalah kelompok profesi medik yang terdiri dari Dokter dan Dokter Gigi yang melaksanakan tugas profesi meliputi diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan latihan serta penelitian dan pengembangan di instalasi dalam jabatan fungsional.



22. Staf Keperawatan Fungsional adalah kelompok profesi keperawatan yang melaksanakan tugas profesinya dalam memberikan asuhan keperawatan di instalasi dalam jabatan fungsional.
23. Kewenangan Klinis (*Clinical Privilege*) adalah hak khusus seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit untuk suatu periode tertentu yang dilaksanakan berdasarkan penugasan klinis (*clinical appointment*).
24. Penugasan Klinis (*Clinical appointment*) adalah penugasan kepada seorang staf medis untuk melakukan sekelompok pelayanan medis dirumah sakit berdasarkan daftar kewenangan klinis yang telah ditetapkan bagi staf medis yang bersangkutan.
25. Kredensial adalah proses evaluasi terhadap staf medis untuk menentukan kelayakan diberikan kewenangan klinis (*clinical privilege*).
26. Rekredensial adalah proses reevaluasi terhadap staf medis yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis yang telah diberikan.
27. Mitra bestari (*peer group*) adalah sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis.
28. Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis adalah Dokter yang sedang mengikuti pendidikan dokter spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka pendidikan, mempunyai kualifikasi sesuai dengan kompetensi di bidangnya serta mempunyai hak dan kewajiban sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 2

- (1) Tujuan umum ditetapkannya Peraturan ini sebagai tatanan peraturan dasar yang mengatur hubungan Pemilik, Pengelola, Komite, Satuan Pemeriksa Internal dan Staf Medis sehingga penyelenggaraan Rumah Sakit dapat berjalan secara efektif, efisien dan berkualitas.
- (2) Tujuan khusus ditetapkannya Peraturan ini sebagai berikut :
 - a. Sebagai pedoman oleh Rumah Sakit dalam hubungannya dengan Pemilik, Pengelola dan Staf Medis;
 - b. Sebagai pedoman dalam pembuatan kebijakan teknis manajerial atau operasional layanan Rumah Sakit; dan



- c. Sebagai pedoman dalam pengaturan hubungan antara Pengelola dengan Staf Medis.

Pasal 3

Manfaat ditetapkan Peraturan ini sebagai berikut :

- a. Sebagai acuan bagi Pemilik dalam melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit;
- b. Sebagai acuan Pengelola dalam mengelola Rumah Sakit dan menyusun kebijakan yang bersifat teknis manajerial atau operasional;
- c. Sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu Rumah Sakit;
- d. Sarana perlindungan hukum bagi semua pihak yang berkaitan dengan Rumah Sakit; dan
- e. Sebagai acuan bagi penyelesaian konflik di Rumah Sakit antara Pemilik, Pengelola dan Staf Medis.

BUKU KESATU PERATURAN INTERNAL KORPORASI/INSTITUSI

BAB I IDENTITAS

Bagian Kesatu Kedudukan Rumah Sakit

Pasal 4


- (1) Rumah Sakit berkedudukan di Jalan R. Soeprapto Blok D 1-9 Batu Aji, Batam.
- (2) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD).
- (3) Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Rumah Sakit Umum Kelas B yang memberikan pelayanan kesehatan dan sebagai pusat rujukan Kota Batam.

Pasal 5

Rumah Sakit mempunyai tugas :

- a. melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan; dan
- b. melaksanakan pelayanan rumah sakit yang bermutu sesuai dengan standard pelayanan rumah sakit.

PARAF KOORDINATOR	
SEKDA.	
ASD.	
KA.	
KABAG.	



Pasal 6

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, Rumah Sakit mempunyai fungsi sebagai:

- a. Penyelenggaraan pelayanan medik;
- b. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik;
- c. Penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan;
- d. Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- e. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan;
- f. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan; dan
- g. Penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.

Bagian Kedua

Visi, Misi, Falsafah dan Tujuan

Pasal 7

- (1) Visi Rumah Sakit adalah Menjadi Rumah Sakit Unggulan Dengan Standar Pelayanan Prima.
- (2) Misi Rumah Sakit adalah :
 - a. Meningkatkan profesionalisme dan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM);
 - b. Meningkatkan dan Mengembangkan Sarana & Prasarana BLUD/RSUD sesuai standar;
 - c. Meningkatkan Pelayanan yang cepat, tepat, ramah dan terjangkau; dan
 - d. Mengembangkan BLUD/RSUD sebagai Pusat penanganan kecelakaan lalu lintas dan kecelakaan kerja.

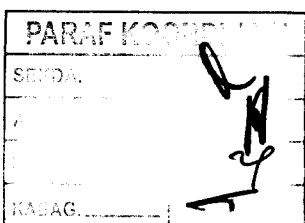
Pasal 8

Falsafah Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan dengan mutu yang setinggi-tingginya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Pasal 9

Tujuan Strategis Rumah Sakit adalah :

- a. Terwujudnya Kemandirian Finansial Rumah Sakit;
- b. Terwujudnya Kepuasan Masyarakat;
- c. Terwujudnya Proses Pelayanan yang Prima; dan
- d. Terwujudnya Sumber Daya Manusia Berkomitmen dan Kompetensi Tinggi.



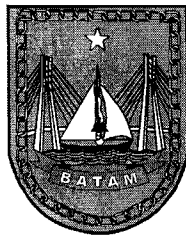
Bagian Ketiga
Nilai-nilai, Motto dan Logo

Pasal 10

- (1) Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan berdasarkan nilai :
 - a. Ketulusan;
 - b. Kepedulian;
 - c. Kerendahan hati;
 - d. Keakraban;
 - e. Sportifitas;
 - f. Keterbukaan;
 - g. Kejujuran;
 - h. Kerja keras;
 - i. Kebersamaan; dan
 - j. Tanggung jawab.
- (2) Rumah Sakit Embung Fatimah menjalankan motto "Melayani penuh kasih".

Pasal 11

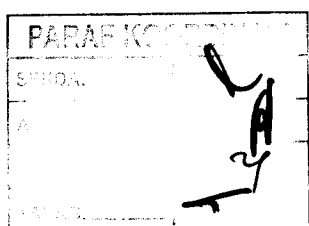
Logo Rumah Sakit adalah Logo Pemerintah Daerah, sebagai berikut :



BAB II
PEMILIK

Pasal 12

- (1) Pemilik Rumah Sakit adalah Pemerintah Daerah.
- (2) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berdasarkan kewenangannya bertanggungjawab atas kelangsungan hidup, kemajuan dan perkembangan Rumah Sakit.
- (3) Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ikut bertanggungjawab atas terjadinya kerugian akibat kelalaian dan atau kesalahan dalam pengelolaan Rumah Sakit.



BAB III DEWAN PENGAWAS

Bagian Kesatu Kedudukan dan Keanggotaan

Pasal 13

Dewan Pengawas adalah wadah non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada Pemilik Rumah Sakit dalam hal ini Walikota.

Pasal 14

- (1) Keanggotaan Dewan Pengawas berjumlah 3 (tiga) orang, terdiri dari 1 (satu) orang Ketua dan 2 (dua) orang Anggota.
- (2) Keanggotaan Dewan Pengawas dapat terdiri dari unsur-unsur :
 - a. Pejabat Pemerintah Daerah Kota Batam yang secara teknis membawahi Rumah Sakit;
 - b. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah;
 - c. Tenaga ahli/ tokoh masyarakat yang sesuai dengan kegiatan Rumah Sakit;

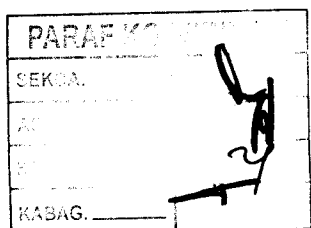
Pasal 15

- (1) Dewan Pengawas diangkat dan diberhentikan oleh Walikota atas usulan Direktur.
- (2) Masa jabatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan selama 5 (lima) tahun dan dapat diangkat kembali untuk satu kali masa jabatan berikutnya.
- (3) Pengangkatan Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Walikota.

Pasal 16

Persyaratan menjadi Dewan Pengawas adalah orang-perorangan yang :

- a. Berkewarganegaraan Indonesia;
- b. Memiliki dedikasi dan memahami masalah-masalah yang berkaitan dengan Rumah Sakit
- c. dapat menyediakan waktu yang cukup untuk melaksanakan tugasnya; dan
- d. tidak pernah dinyatakan pailit;
- e. tidak pernah menjadi anggota Pengelola;
- f. tidak pernah dinyatakan bersalah sehingga menyebabkan suatu rumah sakit dinyatakan pailit;



- g. tidak pernah dihukum karena melakukan tindak pidana yang merugikan negara/daerah.

Bagian Kedua
Tugas, Kewajiban dan Wewenang

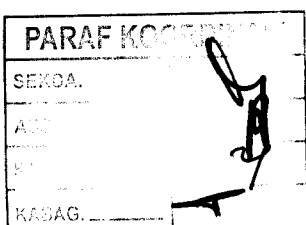
Pasal 17

- (1) Dewan Pengawas mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD Rumah Sakit yang dilakukan oleh Direksi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas berkewajiban untuk :
- a. memberikan pendapat dan saran kepada Walikota mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh Direktur;
 - b. mengikuti perkembangan kegiatan BLUD Rumah Sakit dan memberikan pendapat serta saran kepada Walikota mengenai setiap masalah yang dianggap penting bagi pengelolaan BLUD Rumah Sakit;
 - c. melaporkan kepada Walikota tentang kinerja BLUD Rumah Sakit;
 - d. memberikan nasehat kepada Direksi dalam melaksanakan pengelolaan BLUD Rumah Sakit;
 - e. melakukan evaluasi dan penilaian kinerja baik keuangan maupun non keuangan, serta memberikan saran dan catatan-catatan penting untuk ditindaklanjuti oleh Direksi; dan
 - f. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja.
- (3) Dewan Pengawas secara berkala, paling sedikit 1 (satu) kali dalam satu semester dan/atau sewaktu-waktu apabila diperlukan melaporkan pelaksanaan tugasnya kepada Walikota.

Pasal 18

Dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1) dan ayat (2), Dewan Pengawas mempunyai wewenang sebagai berikut:

- a. Meminta penjelasan dari Direksi dan/atau Pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur mengenai segala persoalan yang menyangkut pengurusan dan pengelolaan Rumah Sakit;
- b. Meminta Direksi dan/atau Pejabat lainnya dengan sepengetahuan Direktur untuk menghadiri rapat Dewan Pengawas; dan



- c. Menghadiri rapat Direksi dan memberikan pandangan-pandangan terhadap hal-hal yang dibicarakan.

Pasal 19

Penilaian Kinerja Dewan Pengawas dilakukan oleh Walikota sebagai Pemilik Rumah Sakit.

Pasal 20

Segala biaya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan tugas Dewan Pengawas dibebankan kepada Anggaran BLUD Rumah Sakit, dan dimuat dalam Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Rumah Sakit.

Bagian Ketiga Rapat

Pasal 21

- (1) Rapat Dewan Pengawas adalah rapat yang diselenggarakan oleh Dewan Pengawas untuk membahas hal-hal yang dianggap perlu dalam melakukan kegiatan pembinaan dan pengawasan serta memberikan nasehat kepada Direksi.
- (2) Peserta rapat Dewan Pengawas adalah anggota Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas Direksi dan dapat juga dihadiri oleh pihak lain yang ditentukan oleh Dewan Pengawas apabila diperlukan.
- (3) Pengambilan Keputusan rapat Dewan Pengawas harus diupayakan melalui musyawarah untuk mufakat.
- (4) Dalam hal tidak tercapai mufakat, maka Keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
- (5) Semua peserta rapat diambil

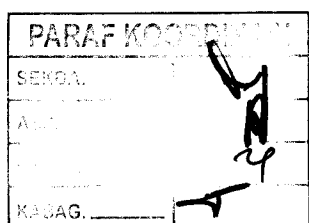
Pasal 22

Rapat Dewan Pengawas terdiri dari :

- a. Rapat Rutin;
- b. Rapat Tahunan; dan
- c. Rapat Khusus.

Pasal 23

- (1) Rapat rutin Dewan Pengawas dilaksanakan paling sedikit 10 (sepuluh) kali dalam setahun.
- (2) Rapat rutin Dewan Pengawas merupakan rapat koordinasi untuk mendiskusikan, meminta klarifikasi atau alternatif solusi dari berbagai masalah yang dihadapi oleh Rumah Sakit.



Pasal 24

- (1) Rapat tahunan Dewan Pengawas dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat tahunan Dewan Pengawas bertujuan untuk memberikan arah kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

Pasal 25

- (1) Rapat khusus Dewan Pengawas dilaksanakan di luar jadwal rapat rutin maupun rapat tahunan, untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
- (2) Dewan Pengawas mengundang untuk rapat khusus dalam hal:
 - a. ada permasalahan penting yang harus segera diputuskan; atau
 - b. ada permintaan yang ditandatangani Anggota Dewan Pengawas.
- (3) Direktur dapat meminta pelaksanaan rapat khusus Dewan Pengawas dengan persetujuan Ketua Dewan Pengawas atau persetujuan yang ditandatangani oleh paling sedikit 1 (satu) orang Anggota Dewan Pengawas.
- (4) Undangan rapat khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

Pasal 26

- (1) Rapat Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat (1) hanya dapat dilaksanakan bila kuorum tercapai.
- (2) Kuorum memenuhi syarat apabila dihadiri oleh 50 % (lima puluh persen) lebih dari peserta rapat sebagaimana diatur dalam Pasal 21 ayat (2).
- (3) Rapat Dewan Pengawas dipimpin oleh Ketua Dewan Pengawas dan apabila Ketua Dewan Pengawas berhalangan maka Rapat dipimpin oleh salah satu anggota Dewan Pengawas yang ditunjuk dalam Rapat Dewan Pengawas.

Pasal 27

- (1) Setiap rapat Dewan Pengawas harus dibuat risalah rapat.
- (2) Penatausahaan risalah rapat Dewan Pengawas menjadi tanggung jawab Sekretaris Dewan Pengawas.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	
AS	
SP	
KABAG	

Pasal 28

- (1) Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan tugas Dewan Pengawas, Walikota dapat mengangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas.
- (2) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas :
 - a. bertanggung jawab terhadap pengelolaan kesekretariatan Dewan Pengawas;
 - b. mengatur dan menyiapkan rapat Dewan Pengawas;
 - c. membuat notulen rapat;
 - d. menyebarkan risalah rapat;
 - e. menyiapkan bahan laporan kegiatan Dewan Pengawas; dan
 - f. menyebarkan risalah dan informasi-informasi lainnya kepada Dewan Pengawas dan Direksi.
- (3) Sekretaris Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan merupakan anggota Dewan Pengawas dan tidak dapat bertindak sebagai Dewan Pengawas.
- (4) Masa jabatan Sekretaris Dewan Pengawas mengikuti masa jabatan Dewan Pengawas.
- (5) Sekretaris Dewan Pengawas bertanggung jawab kepada Dewan Pengawas.

BAB IV DIREKSI RUMAH SAKIT

Bagian Kesatu Kedudukan Direksi

Pasal 29

- (1) Pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit secara keseluruhan dilakukan oleh Direksi.
- (2) Direksi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), terdiri dari:
 - a. Direktur;
 - b. Wakil Direktur Umum dan Keuangan; dan
 - c. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- (3) Direktur sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a, memimpin Rumah Sakit dan bertanggung jawab kepada Walikota.



- (4) Wakil Direktur Umum dan Keuangan dan Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b dan huruf c berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- (5) Tugas pokok dan fungsi Direktur dan Wakil Direktur ditetapkan oleh Walikota dan diperinci dalam suatu uraian tugas pokok dan fungsi secara tertulis dalam Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit.
- (6) Penilaian Kinerja Direktur dan Wakil Direktur dilakukan oleh Walikota.

Bagian Kedua
Pengangkatan dan Pemberhentian Direksi

Pasal 30

Direksi diangkat dan diberhentikan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dengan Keputusan Walikota.



Pasal 31

- (1) Apabila salah satu atau beberapa Wakil Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan pekerjaannya maka kekosongan jabatan tersebut dijabat oleh Pejabat satu tingkat dibawahnya yang ditunjuk sementara oleh Direktur dan dilaporkan secara tertulis kepada Walikota.
- (2) Apabila Direktur berhalangan tetap dalam menjalankan pekerjaannya maka harus ditunjuk Wakil Direktur untuk menjalankan tugas sementara pengelolaan rumah sakit melalui surat penugasan Walikota.
- (3) Apabila semua Anggota Direksi berhalangan tetap melakukan pekerjaannya atau kekosongan pada jabatan Direksi dan belum diangkat, maka pengelolaan Rumah Sakit dijalankan oleh Pejabat yang ditunjuk Walikota.

Bagian Ketiga
Rapat Direksi

Pasal 32

- (1) Rapat Direksi adalah rapat yang diselenggarakan oleh Direksi untuk membahas hal-hal yang berhubungan dengan pengelolaan, pengurusan dan pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit sesuai tugas pokok dan fungsi Direksi.
- (2) Rapat Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari:

PARAF KOORDINASI	
DEKDA.	
ASST.	
KABAG.	

- a. Rapat Rutin;
 - b. Rapat Tahunan; dan
 - c. Rapat Khusus.
- (3) Peserta rapat Direksi adalah Anggota Direksi, apabila diperlukan rapat Direksi dapat dihadiri oleh Dewan Pengawas.
 - (4) Pengambilan keputusan rapat Direksi harus diupayakan melalui musyawarah untuk mencapai mufakat.
 - (5) Dalam hal tidak tercapai mufakat sebagaimana dimaksud pada ayat (4), maka keputusan diambil berdasarkan suara terbanyak.
 - (6) Setiap rapat Direksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat risalah rapat.
 - (7) Pengaturan rapat Direksi ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

Pasal 33

- (1) Rapat Rutin sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf a dilaksanakan 1 (satu) minggu sekali.
- (2) Rapat Rutin/Bulanan membahas hal-hal yang berhubungan dengan kegiatan Rumah Sakit sesuai dengan tugas, kewenangan dan kewajiban masing-masing Anggota Direksi.


Pasal 34

- (1) Rapat Tahunan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf b dilaksanakan sekali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Rapat Tahunan bertujuan untuk menetapkan kebijakan tahunan operasional Rumah Sakit mencakup pengelolaan pelayanan medik, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta pengelolaan keuangan.

Pasal 35

- (1) Rapat Khusus sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (2) huruf c dilaksanakan di luar jadwal Rapat Rutin/Bulanan maupun Rapat Tahunan, dilakukan untuk mengambil keputusan, menetapkan kebijakan terhadap hal-hal yang dianggap khusus.
- (2) Dalam Rapat Khusus hanya membahas masalah yang berkaitan dengan situasi dan kondisi tertentu yang memerlukan kebijakan khusus Direksi.
- (3) Apabila dipandang perlu Direksi dapat mengundang Dewan Pengawas untuk hadir dalam Rapat Khusus.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASD.	
W.	
KABAG.	



- (4) Undangan Rapat Khusus harus mencantumkan tujuan pertemuan secara spesifik.

BAB V
KOMITE DAN SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 36

- (1) Komite adalah wadah non struktural yang terdiri dari tenaga ahli atau profesi dibentuk untuk memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan Rumah Sakit.
- (2) Pembentukan Komite disesuaikan dengan kebutuhan Rumah Sakit yang terdiri dari :
 - a. Komite Medik;
 - b. Komite Etik dan Hukum;
 - c. Komite Keperawatan.
- (3) Komite bertanggung jawab kepada Direktur.

Pasal 37


- (1) Tiap-tiap Komite yang dibentuk mempunyai fungsi, tugas dan wewenang yang berbeda sesuai dengan fungsi, tugas dan kewenangan yang ditetapkan oleh Direktur.
- (2) Pengaturan mengenai Komite Medik diatur dalam Buku Kedua Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff Bylaws*) Peraturan Walikota ini.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 ayat (2) huruf c menyusun Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staff Bylaws*) dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Bagian Kedua
Komite Etik dan Hukum

Pasal 38

- (1) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Etik dan Hukum bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Komite Etik dan Hukum dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:



PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASST.	
KABAG.	



- a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit;
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan;

Pasal 39

- (1) Tugas secara terperinci dari Komite Etik dan Hukum adalah:
- a. Memberikan pertimbangan dan saran kepada Direktur dalam hal menyusun dan merumuskan kebijakan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
 - b. Membantu Direktur dalam penyelesaian masalah yang terkait dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit;
 - c. Membantu Direksi melakukan pembinaan dan pemeliharaan dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan fungsi rumah sakit yang terkait dengan peraturan internal Rumah Sakit; dan
 - d. Berkoordinasi dengan Sub Bagian Hukum dan Humas Rumah Sakit dalam penanganan masalah hukum di Rumah Sakit.
- (2) Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Komite Etik dan Hukum berfungsi:
- a. Menyelenggarakan dan meningkatkan komunikasi dalam aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit baik internal maupun eksternal Rumah Sakit;
 - b. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan tentang aspek hukum dan etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit bagi petugas di Rumah Sakit; dan
 - c. Menyelenggarakan dan meningkatkan pengetahuan terkait dalam aspek hukum dan

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASST.	
KA	
KADAG.	

etika pelayanan di Rumah Sakit serta etika penyelenggaraan organisasi Rumah Sakit terhadap masalah-masalah etika dan hukum di Rumah Sakit.

- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan (2) disampaikan secara tertulis kepada Direktur dalam bentuk laporan dan rekomendasi.
- (4) Bahan pertimbangan berupa rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) adalah berdasarkan penugasan dari Direktur.

Bagian Ketiga
Komite Keperawatan

Pasal 40

- (1) Dalam rangka mewujudkan tata kelola klinis yang baik, Rumah Sakit membentuk Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan merupakan organisasi non struktural yang dibentuk di Rumah Sakit yang keanggotaannya terdiri dari tenaga keperawatan.
- (3) Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bukan wadah perwakilan dari staf keperawatan.

Paragraf 1

Susunan Organisasi dan Keanggotaan

Pasal 41

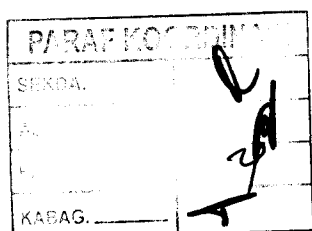
Komite Keperawatan dibentuk oleh Direktur.

Pasal 42

- (1) Susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari :
 - a. Ketua Komite Keperawatan;
 - b. Sekretaris Komite Keperawatan; dan
 - c. Sub Komite.
- (2) Dalam keadaan keterbatasan sumber daya, susunan organisasi Komite Keperawatan sekurang-kurangnya dapat terdiri dari Ketua dan Sekretaris merangkap subkomite.

Pasal 43

- (1) Keanggotaan Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, kompetensi, pengalaman kerja, reputasi dan prilaku.



- (2) Jumlah personil keanggotaan Komite Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan jumlah tenaga keperawatan di Rumah Sakit.

Pasal 44

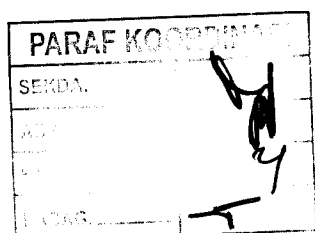
- (1) Ketua Komite Keperawatan ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.
- (2) Sekretaris Komite Keperawatan dan Ketua Subkomite ditetapkan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Ketua Komite dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit.

Pasal 45

- (1) Subkomite sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1) huruf c terdiri dari :
- Subkomite Kredensial;
 - Subkomite mutu profesi; dan
 - Subkomite etik dan disiplin profesi.
- (2) Subkomite Kredensial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a bertugas merekomendasi Kewenangan klinis yang edkuat sesuai kompetensi yang dimiliki setiap tenaga keperawatan.
- (3) Subkomite mutu profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b bertugas melakukan audit keperawatan dan merekomendasikan kebutuhan pengembangan professional berkelanjutan bagi tenaga keperawatan.
- (4) Subkomite etik dan disiplin profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c bertugas merekomendasikan pembinaan etik dan disiplin profesi.

Pasal 46

- (1) Komite Keperawatan mempunyai fungsi meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan yang bekerja di Rumah Sakit dengan cara :
- Melakukan kredensial bagi seluruh tenaga keperawatan yang akan melakukan pelayanan keperawatan dan kebidanan di Rumah Sakit;
 - Memelihara mutu profesi tenaga keperawatan; dan
 - Menjaga disiplin, etika dan perilaku perawat dan bidan.
- (2) Dalam melaksanakan fungsi Kredensial, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:

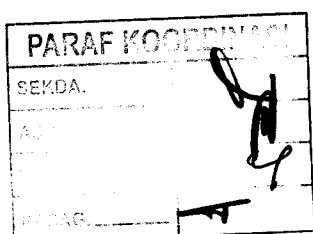


- a. menyusun daftar rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih;
 - b. melakukan verifikasi persyaratan Kredensial;
 - c. merekomendasikan Kewenangan Klinis tenaga keperawatan;
 - d. merekomendasikan pemulihan Kewenangan Klinis;
 - e. melakukan Kredensial ulang secara berkala sesuai waktu yang ditetapkan; dan
 - f. melaporkan seluruh proses Kredensial kepada Ketua Komite Keperawatan untuk diteruskan kepada Direktur.
- (3) Dalam melaksanakan fungsi memelihara mutu profesi, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. menyusun data dasar profil tenaga keperawatan sesuai area praktik;
 - b. Merekomendasikan perencanaan pengembangan professional berkelanjutan tenaga keperawatan;
 - c. Melakukan audit keperawatan dan kebidanan; dan
 - d. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.
- (4) Dalam melaksanakan fungsi menjaga disiplin dan etika profesi tenaga keperawatan, Komite Keperawatan memiliki tugas sebagai berikut:
- a. melakukan sosialisasi kode etik profesi tenaga keperawatan;
 - b. melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
 - c. merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan dan kebidanan;
 - d. merekomendasikan pencabutan Kewenangan Klinis; dan
 - e. memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

Pasal 47

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian Kewenangan Klinis;



- b. memberikan rekomendasi perubahan rincian Kewenangan Klinis;
- c. memberikan rekomendasi penolakan Kewenangan Klinis tertentu;
- d. memberikan rekomendasi surat Penugasan Klinis;
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit keperawatan dan kebidanan;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan keperawatan dan pendidikan kebidanan berkelanjutan; dan
- g. memberikan rekomendasi pendampingan dan memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Paragraf 2

Hubungan Komite Keperawatan dengan Direktur

Pasal 48


- (1) Direktur Rumah Sakit menetapkan kebijakan, prosedur dan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan fungsi dan tugas Komite Keperawatan.
- (2) Komite Keperawatan bertanggungjawab kepada Direktur.

Paragraf 3

Panitia *Adhoc*

Pasal 49

- (1) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Komite Keperawatan dapat dibantu oleh Panitia *Adhoc*.
- (2) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur berdasarkan usulan Ketua Komite Keperawatan.
- (3) Panitia *adhoc* sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berasal dari tenaga keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari.
- (4) Tenaga Keperawatan yang tergolong sebagai Mitra Bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dapat berasal dari Rumah Sakit lain, organisasi profesi perawat, organisasi profesi bidan dan/atau institusi pendidikan keperawatan dan institusi kebidanan.

PARAF KOORDINATOR	
SEKDA.	
ASST.	
KP.	
KABAG.	


Bagian Ketiga
Satuan Pemeriksa Internal

Pasal 50

- (1) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal diangkat dan diberhentikan oleh Direktur untuk masa jabatan 5 (lima) tahun.
- (2) Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Satuan Pemeriksaan Internal bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Ketua dan Anggota Satuan Pemeriksaan Internal dapat diberhentikan pada masa jabatannya apabila:
 - a. Tidak melaksanakan tugas dengan baik;
 - b. Tidak melaksanakan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - c. Terlibat dalam tindakan yang merugikan Rumah Sakit;
 - d. Dipidana penjara karena dipersalahkan melakukan perbuatan pidana, kejahatan dan atau kesalahan yang bersangkutan dengan kegiatan Rumah Sakit;
 - e. Mempunyai benturan kepentingan dengan penyelenggaraan Rumah Sakit; dan
 - f. Adanya kebijakan dari Pemilik Rumah Sakit.
- (4) Pemberhentian dengan alasan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) diberitahukan secara tertulis oleh Direktur kepada yang bersangkutan.

Pasal 51

- (1) Satuan Pemeriksa Internal adalah kelompok fungsional yang mempunyai fungsi membantu Direktur dalam pengawasan dan pengendalian internal terhadap pendayagunaan pengelolaan sumber daya Rumah Sakit.
- (2) Dalam menyelenggarakan fungsinya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Satuan Pemeriksa Internal mempunyai tugas sebagai berikut:
 - a. menyusun pedoman pemeriksaan internal;
 - b. menyusun petunjuk pelaksanaan kerja dan/atau tata kerja pemeriksaan internal;
 - c. menyusun rencana dan program pelaksanaan Satuan Pemeriksaan Internal yang meliputi pemeriksaan administrasi keuangan, pemeriksaan administrasi umum dan kepegawaian, pemeriksaan administrasi pelayanan terhadap seluruh unsur di lingkungan Rumah Sakit yang menggunakan sumber daya Rumah Sakit;

PARAF KOORDINATOR	
SEKDA	
ADD	
...	
KABAG.	

- d. melaksanakan pemeriksaan pengelolaan operasional terhadap aspek efektivitas pencapaian tujuan setiap kegiatan, efisiensi penggunaan sumber daya, keandalan data/informasi dan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - e. menyusun dan membuat dokumentasi kegiatan pemeriksaan/audit internal kinerja Rumah Sakit;
 - f. melaporkan hasil pemeriksaan (LHP) kinerja Rumah Sakit yang mencakup hasil pemeriksaan serta saran/rekomendasi tindakan pemecahan yang bersifat pencegahan dan penyelesaian masalah;
 - g. melaksanakan evaluasi terhadap tindak lanjut hasil temuan Satuan pengawas Internal maupun lembaga pemeriksaan eksternal pada objek pemeriksaan;
 - h. melaporkan hasil kegiatan Satuan Pemeriksaan Internal;
 - i. melaksanakan koordinasi pengawasan internal dengan sub unit kerja lain di lingkungan Rumah Sakit; dan
 - j. melaksanakan tugas kedinasan lain sesuai dengan bidang tugas.
- (3) Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan (2) disampaikan dalam bentuk laporan dan rekomendasi kepada Direktur.

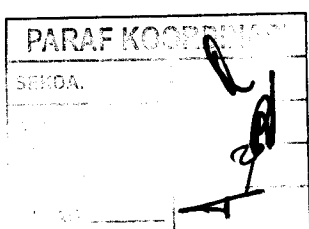
BUKU KEDUA
PERATURAN INTERNAL STAF MEDIS
(*MEDICAL STAFF BYLAWS*)

BAB I
PENGORGANISASIAN STAF MEDIS FUNGSIONAL

Bagian Kesatu
Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF)

Pasal 52

- (1) Pengorganisasian Staf Medis Fungsional di Rumah Sakit disebut Kelompok Staf Medis Fungsional (KSMF).
- (2) KSMF dibentuk dan ditetapkan oleh Direktur.
- (3) KSMF berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- (4) KSMF merupakan kelompok yang mengkoordinasikan pelayanan profesi medik.



Pasal 53

Tujuan pengorganisasian Staf Medis Fungsional adalah agar Staf Medis Fungsional di Rumah Sakit dapat fokus terhadap kebutuhan pasien, sehingga menghasilkan pelayanan medis yang berkualitas, efisien dan bertanggung jawab.

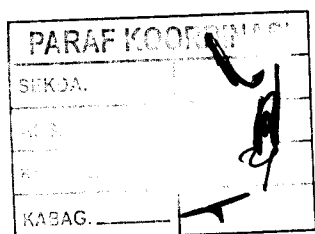
Pasal 54

- (1) Pengelompokan Staf Medis Fungsional ke dalam KSMF adalah berdasarkan keahlian atau spesialisasinya.
- (2) KSMF di Rumah Sakit terdiri dari:
 - a. KSMF Bedah Umum;
 - b. KSMF Bedah Syaraf;
 - c. KSMF Bedah Orthopedi;
 - d. KSMF Kebidanan;
 - e. KSMF Ilmu Penyakit Dalam;
 - f. KSMF Ilmu Penyakit Anak;
 - g. KSMF Paru;
 - h. KSMF Anastesi;
 - i. KSMF Neurologi;
 - j. KSMF Kulit dan Kelamin;
 - k. KSMF THT;
 - l. KSMF Mata;
 - m. KSMF Patologi Klinik;
 - n. KSMF Radiologi;
 - o. KSMF Umum;
 - p. KSMF Gigi dan Mulut;
 - q. KSMF Rehabilitasi Medis; dan
 - r. KSMF Gizi Klinik.
- (3) Perubahan nama, penambahan dan pengurangan KSMF ditetapkan oleh Direktur.

Bagian Kedua Keanggotaan KSMF

Pasal 55

- (1) Seluruh Staf Medis Fungsional wajib menjadi Anggota KSMF kecuali Dokter Konsultan dan Dokter Pengganti dari luar Rumah Sakit serta Dokter Residen.
- (2) Setiap KSMF beranggotakan minimal 3 (tiga) orang Staf Medis Fungsional.



- (3) Apabila Staf Medis Fungsional dengan keahlian yang sama kurang dari 3 (tiga) orang atau belum ditetapkan sebagai KSMF tertentu, maka Staf Medis Fungsional yang bersangkutan masuk dalam KSMF Spesialis Lain.
- (4) Penempatan Staf Medis Fungsional ke dalam KSMF ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

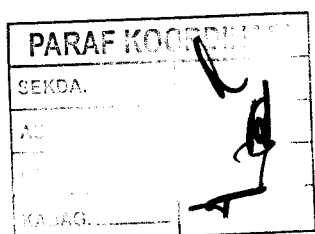
Pasal 56

- (1) Setiap KSMF dipimpin oleh seorang Ketua yang ditetapkan oleh Direktur dengan mempertimbangkan sikap profesional, reputasi dan perilaku.
- (2) Apabila Ketua KSMF diangkat menjadi Ketua Komite Medik maka Direktur menetapkan Ketua KSMF yang baru sebagai penggantinya.
- (3) Ketua KSMF tidak boleh merangkap jabatan menjadi Ketua Komite Medik
- (4) Dalam menentukan Ketua KSMF, Direktur dapat meminta pendapat dari Wakil Direktur dan Komite Medik dengan mempertimbangkan masukan dari anggota Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (5) Penetapan Ketua KSMF ditetapkan dengan surat Keputusan Direktur untuk masa bakti selama 3 (tiga) tahun.
- (6) Tata cara pengangkatan Ketua KSMF ditetapkan lebih lanjut dengan Keputusan Direktur.

Bagian Ketiga Tugas dan Wewenang Ketua KSMF

Pasal 57

- (1) Ketua KSMF mempunyai tugas :
 - a. Mengusulkan uraian tugas dan tata kerja Anggota KSMF untuk ditetapkan oleh Direktur;
 - b. Mengkoordinasikan semua kegiatan Anggota KSMF dalam hal :
 1. pengusulan prosedur pelayanan yang berhubungan dengan administrasi pelayanan medis yang meliputi pengaturan tugas rawat jalan, rawat inap, tugas jaga, tugas rawat intensif, visite/ronde, pertemuan klinis, presentasi kasus, prosedur konsultasi dan lain-lain sesuai ketentuan yang berlaku, untuk ditetapkan oleh Direktur.
 2. menyusun pedoman pelayanan medis dan standar prosedur kerja yang berhubungan dengan bidang keilmuan/keprofesian, di bawah



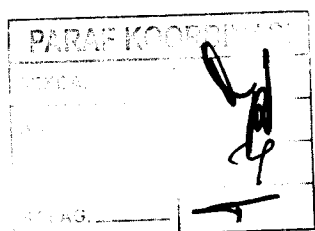
koordinasi Komite Medik untuk ditetapkan oleh Direktur;

3. melakukan perbaikan pedoman pelayanan medis dan dokumen terkait yang perlu disempurnakan agar sesuai dengan situasi dan kondisi yang berkembang; dan
 4. membuat usulan program peningkatan keilmuan dan keterampilan semua Anggota KSMF serta program peningkatan dan pengembangan pelayanan kepada Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan.
- c. Membantu Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dalam membina Anggota KSMF, dalam hal:
1. pemantauan penampilan kinerja praktik klinis Anggota KSMF berdasarkan data yang komprehensif; dan
 2. pemberian laporan secara tertib dan teratur kepada Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan setelah melalui pembahasan bersama Anggota KSMF antara lain mengenai pemantauan indikator mutu klinis, hasil evaluasi kinerja praktik klinis, pelaksanaan program pengembangan pelayanan dan pengembangan Anggota KSMF.

(2) Ketua KSMF berwenang:

- a. memberikan masukan kepada Wakil Direktur pelayanan Medik dan Keperawatan serta Ketua Komite Medik dalam hal yang terkait dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran serta temuan terapi baru yang berhubungan dengan praktik kedokteran;
- b. mengkoordinasikan anggota KSMF agar pelayanan medis berjalan secara optimal dan sesuai ketentuan yang berlaku; dan
- c. memberikan masukan kepada Wakil Direktur pelayanan Medik dan Keperawatan melalui Ketua Komite Medik mengenai usulan kebutuhan tenaga kesehatan yang terkait.

(3) Untuk mendukung kelancaran tugas Ketua KSMF, dapat ditunjuk Anggota KSMF sebagai sekretaris dan koordinator dibidang pelayanan, pendidikan dan penelitian dengan Keputusan Direktur.



Bagian Keempat
Pengangkatan dan Pemberhentian Anggota KSMF


Pasal 58

- (1) Pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSMF ditetapkan dengan Keputusan Direktur dengan mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (2) Tata cara pengangkatan dan pemberhentian Anggota KSMF ditetapkan oleh Direktur.

Pasal 59

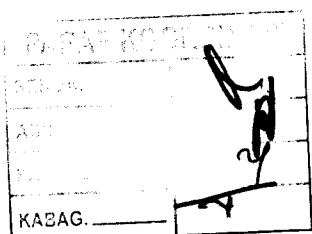
- (1) Pemberhentian Staf Medis Fungsional sebagai Anggota KSMF berupa pemberhentian sementara atau pemberhentian tetap.
- (2) Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud pada ayat (1) apabila :
 - a. kondisi fisik Staf Medis Fungsional yang bersangkutan tidak mampu melakukan tindakan medis lebih dari 6 (enam) bulan sampai dengan 1 (satu) tahun;
 - b. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK) / Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI) dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi sementara;
 - c. melakukan pelanggaran disiplin profesi kedokteran atau peraturan lain yang terkait minimal 3 (tiga) kali berturut paling lama 3 (tiga) bulan;
 - d. Staf Medis Fungsional yang bersangkutan sedang dalam proses pemeriksaan internal atas dugaan pelanggaran terhadap peraturan internal dan peraturan-peraturan lainnya yang berlaku di rumah sakit;
 - e. dicabut kewenangan klinisnya;
 - f. ijin praktek di Rumah Sakit sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada;
 - g. tidak memenuhi standar kompetensi sesuai dengan profesinya;
 - h. staf medis purna waktu yang memasuki usia pensiun namun berdasarkan pertimbangan Direktur yang bersangkutan masih dapat diangkat sebagai Anggota KSMF / yang masih dalam proses pertimbangan untuk pengangkatan kembali sebagai Anggota KSMF;
 - i. berakhir masa perjanjian kerja dan belum diperpanjang; atau
 - j. cuti diluar tanggungan negara sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS).

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASST.	
KASAG.	



Pasal 60

- (1) Pengangkatan kembali Staf Medis Fungsional sebagai Anggota KSMF diberlakukan bagi Staf Medis Fungsional yang selesai menjalani pemberhentian sementara apabila :
 - a. Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf a berakhir apabila kondisi fisik anggota KSMF tersebut telah membaik sebelum melewati satu tahun;
 - b. Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf b dan huruf c berakhir apabila dalam tempo 3 bulan terhitung dari tanggal pemberhentian sementara anggota KSMF tersebut tidak melakukan lagi pelanggaran disiplin dan etik atau peraturan yang lain;
 - c. Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf d berakhir apabila anggota KSMF yang diperiksa tidak terbukti melakukan pelanggaran yang dituduhkan;
 - d. Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf h berakhir apabila anggota KSMF yang bersangkutan telah menerima surat pengangkatan baru;
 - e. Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf i berakhir apabila anggota KSMF surat perjanjian kerja baru;
 - f. Pemberhentian sementara sebagaimana dimaksud dalam Pasal 59 ayat (2) huruf j berakhir apabila cutinya telah berakhir.
- (2) Staf Medis Fungsional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menyampaikan:
 - a. surat permohonan dari yang bersangkutan atau rekomendasi tertulis dari Ketua KSMF terkait;
 - b. foto copi Surat Tanda Registrasi dari Konsil Kedokteran Indonesia;
 - c. foto copi Surat Ijin Praktek;
 - d. surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki SIP;
 - e. surat pernyataan sanggup mematuhi dan melaksanakan etika profesi;
 - f. surat pernyataan sanggup mematuhi segala peraturan yang berlaku di lingkungan Rumah Sakit;
- (3) Bila diperlukan dapat diminta kajian dan rekomendasi dari Komite Medik untuk pengangkatan kembali anggota KSMF; dan



- (4) Direktur dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kerja terhitung sejak diterima surat rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus mengeluarkan keputusan persetujuan atau penolakan.

Pasal 61

Pemberhentian tetap anggota KSMF apabila:

- a. Setelah melewati satu tahun kondisi fisik dan atau mental Staf Medis Fungsional yang bersangkutan tidak mampu lagi secara tetap melakukan tindakan medis, berdasarkan hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Kesehatan yang berwenang;
- b. melakukan pelanggaran hukum yang sudah mempunyai kekuatan hukum tetap;
- c. melakukan pelanggaran disiplin dan etika yang telah diputuskan oleh MKEK/MKDKI dengan sanksi tidak dapat menjalankan profesi secara tetap/selamanya;

BAB II

STAF MEDIS FUNGSIONAL (SMF)

Bagian Kesatu

Rentang Tanggung Jawab SMF

Pasal 62

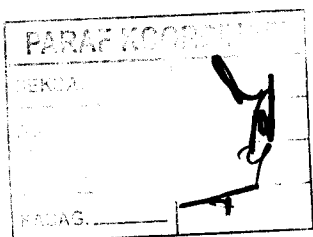
- (1) Staf Medis Fungsional dalam menjalankan tugas profesi/praktik kedokteran di Rumah Sakit bertanggung jawab profesi dan hukum secara mandiri.
- (2) Staf Medis Fungsional secara administratif manajerial bertanggung jawab kepada Direktur melalui Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan dan secara teknis profesi bertanggung jawab kepada Komite Medik.

Bagian Kedua

Tugas SMF

Pasal 63

- (1) Tugas Staf Medis Fungsional :
 - a. melaksanakan kegiatan profesi yang meliputi prosedur diagnosis, pengobatan, pencegahan dan pemulihan penyakit yang diderita pasien;
 - b. meningkatkan kemampuan profesinya, melalui program pendidikan /pelatihan berkelanjutan;
 - c. menjaga agar kualitas pelayanan sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan medis serta



standar etika dan disiplin kedokteran yang sudah ditetapkan; dan

d. menyusun, mengumpulkan, menganalisis dan membuat laporan pemantauan indikator mutu klinis.

(2) Fungsi Staf Medis Fungsional secara perorangan adalah sebagai pelaksana pelayanan medis, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan di bidang medis.

Bagian Ketiga Pembinaan dan Pengawasan SMF

Pasal 64

(1) Pembinaan dan pengawasan merupakan tindakan korektif terhadap Staf Medis Fungsional yang dilakukan oleh Direktur berdasarkan rekomendasi Wakil Direktur pelayanan Medik dan Keperawatan atau Komite Medik.

(2) Pembinaan dan pengawasan terhadap Staf Medis Fungsional meliputi pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, kendali mutu, disiplin profesi, etika profesi, kendali biaya, disiplin pegawai dan motivasi kerja.

(3) Pembinaan dan pengawasan kewenangan klinis, mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan oleh Komite Medik.

(4) Pembinaan dan pengawasan mutu pelayanan, kendali biaya, disiplin pegawai dan motivasi kerja dilakukan oleh Wakil Direktur pelayanan Medik dan Keperawatan.

Pasal 65

Pembinaan dan pengawasan terkait mutu profesi, disiplin profesi, etika profesi dilakukan dengan audit medis, yang diarahkan untuk:

a. meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh staf medis;

b. meningkatkan etika dan disiplin pelayanan oleh staf medis; dan

c. melindungi masyarakat atau pasien atas tindakan yang dilakukan oleh staf medis.

Bagian Keempat Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Pasal 66

(1) Dokter Penanggung Jawab Pasien adalah merupakan Staf Medis Fungsional yang diberikan tugas khusus



sebagai penanggung jawab dalam pelayanan kepada pasien di Rumah Sakit.

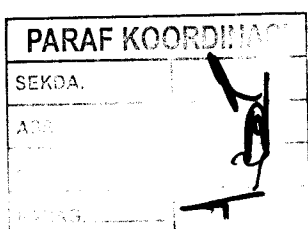
- (2) Seluruh Staf Medis Fungsional dapat menjaici DPJP sesuai dengan tempat tugasnya.

Pasal 67

- (1) DPJP terdiri dari DPJP pada pelayanan gawat darurat, DPJP pada pelayanan rawat jalan dan DPJP pada pelayanan rawat inap.
- (2) DPJP pada pelayanan gawat darurat adalah Staf Medis Fungsional yang bertugas pada Instalasi Gawat Darurat saat itu.
- (3) DPJP pada pelayanan rawat jalan adalah Staf Medis Fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat jalan dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (4) DPJP pada pelayanan rawat inap adalah Staf Medis Fungsional yang bertugas pada pelayanan rawat inap dan berdasarkan ketentuan yang diberlakukan.
- (5) DPJP pada pelayanan rawat inap sudah harus ditentukan sebelum pasien masuk rawat inap.
- (6) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan DPJP ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Pasal 68

- (1) DPJP mempunyai tugas:
 - a. melakukan pemeriksaan riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, diagnose penyakit, pemeriksaan penunjang, pemberian terapi, evaluasi keberhasilan terapi dan mendokumentasikannya ke dalam rekam medik;
 - b. memberikan informasi dan masukan tentang perkembangan kondisi pasien kepada pasien, keluarga pasien dan tim pelayanan;
 - c. memberikan edukasi kepada pasien;
 - d. bila diperlukan DPJP melakukan presentasi kasus medis yang ditanganinya di hadapan Komite Medik; dan
 - e. membantu dan memberikan bimbingan kepada mahasiswa kedokteran dalam pendidikan klinis di Rumah Sakit.
- (2) DPJP wajib membuat rencana asuhan pelayanan terhadap pasien pada saat pasien masuk rawat inap, dengan memperhatikan kendali biaya dan kendali mutu.



Bagian Kelima
Mitra Bestari (*Peer Group*)

Pasal 69

- (1) Mitra Bestari merupakan sekelompok staf medis dengan reputasi dan kompetensi profesi yang baik untuk menelaah segala hal yang terkait dengan profesi medis termasuk evaluasi kewenangan klinis.
- (2) Staf medis dalam mitra bestari pada ayat (1) tidak terbatas dari staf medis yang ada di rumah sakit, tetapi dapat juga berasal dari luar rumah sakit yaitu perhimpunan dokter spesialis (kolegium) atau fakultas kedokteran.
- (3) Direktur bersama Komite Medik dapat membentuk panitia adhock yang terdiri dari mitra bestari sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk menjalankan fungsi kredensial, penjagaan mutu profesi maupun penegakkan disiplin dan etika profesi di rumah sakit.

BAB III
KEWENANGAN KLINIS

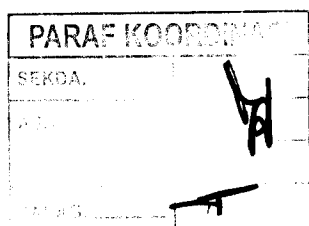
Pasal 70

- (1) Kewenangan Klinis adalah kewenangan untuk melaksanakan pelayanan Medik sesuai dengan kompetensi profesi dan keahliannya.
- (2) Tanpa Kewenangan Klinis maka seorang Dokter/ Dokter Gigi tidak dapat menjadi anggota Kelompok Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Kewenangan Klinis diberikan oleh Direktur berdasarkan pertimbangan antara lain:
 - a. *Clinical Appraisal* (tinjauan atau telaah hasil proses kredensial) berupa surat rekomendasi;
 - b. Standar Profesi dari organisasi profesi;
 - c. Standar Pendidikan; dan
 - d. Standar Kompetensi dari Kolegium.

Pasal 71

Setiap Dokter yang diterima sebagai staf medis Rumah Sakit diberikan kewenangan klinis (*Clinical privilege*) oleh Direktur setelah memperhatikan rekomendasi dari Komite Medik :

- a. Penentuan kewenangan klinik didasarkan atas jenis ijazah/sertifikat yang diakui oleh masing - masing organisasi profesi;
- b. Berdasarkan hasil kredensial subkomite kredensial di Rumah Sakit; dan



- c. Dalam hal kesulitan menentukan kewenangan klinik maka Komite Medik dapat meminta informasi atau pendapat dari mitra bestari.

Pasal 72


Kewenangan klinis diberikan oleh Komite medik melalui sub Komite Kredensial dan akan dievaluasi secara berkala untuk ditentukan apakah kewenangan tersebut dapat dipertahankan, diperluas, dipersempit atau bahkan dicabut oleh Direktur.

Pasal 73

- (1) Dalam hal menghendaki agar kewenangan klinisnya diperluas maka staf medis yang bersangkutan harus mengajukan permohonan kepada Direktur dengan menyebutkan alasan dan melampirkan bukti berupa sertifikat pelatihan yang diakui oleh organisasi profesi dan atau pendidikan yang dapat mendukung permohonannya.
- (2) Sesuai dengan permohonan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) maka Direktur akan meminta Komite Medik untuk melakukan rekredensial.
- (3) Direktur berwenang mengabulkan atau menolak permohonan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) setelah mempertimbangkan rekomendasi Komite Medik.
- (4) Setiap permohonan perluasan kewenangan klinis yang dikabulkan dituangkan pada penugasan klinis dalam bentuk Keputusan Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.
- (5) Apabila permohonan perluasan kewenangan klinis ditolak dituangkan dalam Surat Pemberitahuan Penolakan yang ditandatangani oleh Direktur dan disampaikan kepada pemohon serta ditembuskan kepada Komite Medik.

Pasal 74

Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban, maka semua staf medis Rumah Sakit dapat diberikan kewenangan klinis untuk dapat melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASS.	
PA.	
KABAG.	

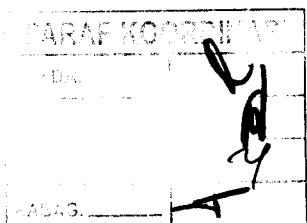
BAB IV
PENUGASAN KLINIS (CLINICAL APPOINTMENT)

Pasal 75

- (1) Setelah melalui proses Kredensial Direktur menerbitkan Surat Penugasan Klinis yang menghimpun seluruh Kewenangan Klinis yang dimiliki oleh seorang Staf Medis Fungsional.
- (2) Kewenangan Klinis yang terhimpun dalam Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan oleh Direktur dengan memperhatikan rekomendasi yang diberikan oleh Komite Medik.
- (3) Surat Penugasan Klinis hanya dapat diberikan kepada Staf Medis yang mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/ Kedokteran Gigi Indonesia.

Pasal 76

- (1) Surat Penugasan Klinis di Rumah Sakit pada seorang Staf Medis hanya dapat ditetapkan bila yang bersangkutan memenuhi syarat-syarat sebagai berikut :
 - a. mempunyai Surat Ijin Praktik (SIP) dan Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran/Kedokteran Gigi Indonesia;
 - b. memenuhi syarat sebagai staf medis berdasarkan peraturan perundang-undangan kesehatan yang berlaku dan ketentuan lain sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Internal Rumah Sakit ini;
 - c. memenuhi syarat-syarat umum praktik klinis yang berlaku di rumah sakit;
 - d. memenuhi syarat untuk menangani pasien dalam batas-batas sebagaimana ditetapkan oleh Direktur setelah mempertimbangkan daya dukung fasilitas rumah sakit;
 - e. bersedia memenuhi segala permintaan rumah sakit yang dianggap wajar sehubungan dengan pelayanan dan tindakan medis dengan mengacu pada panduan praktik klinik (PPK), *clinical pathway* dan prosedur operasional/ manajerial/ administrasi yang berlaku di rumah sakit; dan
 - f. bersedia mematuhi etika kedokteran yang berlaku di Indonesia, baik yang berkaitan dengan kewajiban terhadap masyarakat, kewajiban terhadap pasien, teman sejawat dan diri sendiri.
- (2) Staf Medis yang mendapat Penugasan Klinis di Rumah Sakit dapat berstatus sebagai dokter purna waktu, dokter paruh waktu, dokter tamu atau dokter konsultan.



Pasal 77

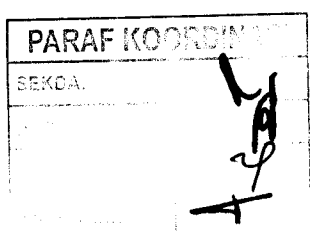
- (1) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 76 ayat (1) berlaku selama 2 (dua) tahun.
- (2) Surat Penugasan Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berakhir sebelum jangka waktu 2 (dua) tahun apabila :
 - a. Ijin praktik yang bersangkutan sudah tidak berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;
 - b. Kondisi fisik atau mental Staf Medis yang bersangkutan tidak mampu lagi melakukan pelayanan Medis secara menetap;
 - c. Staf Medis tidak memenuhi kriteria dan syarat-syarat yang ditetapkan dalam kewenangan klinis (*Clinical Privilege*) atau kontrak;
 - d. Staf Medis ditetapkan telah melakukan tindakan yang tidak profesional, kelainan, atau perilaku menyimpang lainnya sebagaimana ditetapkan oleh Komite Medik; atau
 - e. Staf Medis diberhentikan oleh Direktur karena melakukan pelanggaran disiplin kepegawaian sesuai peraturan yang berlaku.
- (3) Jangka waktu penugasan Staf Medis akan berakhir sesuai dengan keputusan dan/atau kontrak kerja yang berlaku bagi dokter kontrak, dokter honorer, dokter tamu dan dokter konsultan.

BAB V KOMITE MEDIK

Bagian Kesatu Umum

Pasal 78

- (1) Komite Medik adalah organisasi non struktural yang dibentuk oleh Direktur.
- (2) Tugas Komite Medik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah meningkatkan profesionalisme staf medis dengan:
 - a. Melakukan kredensial dan rekredensial seluruh staf medis;
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian; dan
 - c. Menjaga disiplin, etika dan perilaku staf medis.
- (3) Komite Medik dipimpin oleh seorang Ketua dan disebut sebagai Ketua Komite Medik dengan susunan perangkat organisasinya sebagai berikut:



- a. Ketua Komite Medik
- b. Sekretaris Komite Medik
- c. Anggota terdiri dari:
 1. Sub Komite Kredensial
 2. Sub Komite Mutu Profesi Medis
 3. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi
- (4) Pengangkatan dan Pemberhentian seluruh Personalia Komite Medik.
- (5) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana pada ayat (2) Komite Medik menyusun dan membuat Pedoman yang diperlukan untuk kemudian ditetapkan penggunaannya oleh Direktur.



Bagian Kedua
Rapat

Pasal 79

- (1) Mekanisme pengambilan keputusan Komite Medik berdasarkan pendekatan berbasis bukti (*evidence-based*).
- (2) Keputusan sebagaimana pada ayat (1) diputuskan melalui Rapat Komite Medik dan Sub Komite.
- (3) Mekanisme jenis rapat dan pelaksanaan rapat tersebut diatur lebih lanjut dalam Pedoman Rapat Pengambilan Keputusan Komite Medik.

Pasal 80

- (1) Dalam melaksanakan tugas kredensial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 78 ayat (2) huruf a, komite medik memiliki fungsi sebagai berikut :
 - a. penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku;
 - b. penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian:
 1. kompetensi;
 2. kesehatan fisik dan mental;
 3. perilaku;
 4. etika profesi.
 - c. evaluasi data pendidikan profesional kedokteran/kedokteran gigi berkelanjutan;
 - d. wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis;
 - e. penilaian dan pemutusan kewenangan klinis yang adekuat.


PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ATD	
WIBAG	

- f. pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik;
 - g. melakukan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan
 - h. rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.
- (2) Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pelaksanaan audit medis;
 - b. rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis;
 - c. rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan
 - d. rekomendasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
- (3) Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis komite medik memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
 - b. pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin;
 - c. rekomendasi pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
 - d. pemberian nasehat/pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

Pasal 81

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya komite medik berwenang:

- a. memberikan rekomendasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- b. memberikan rekomendasi surat penugasan klinis (*clinical appointment*);
- c. memberikan rekomendasi penolakan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu;
- d. memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical privilege*);
- e. memberikan rekomendasi tindak lanjut audit medis;
- f. memberikan rekomendasi pendidikan kedokteran berkelanjutan;

PARAF KOORDINATOR	
SEKDA. _____	
ASD. _____	
KD. _____	
KABAG. _____	

- g. memberikan rekomendasi pendampingan (*proctoring*); dan
- h. memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin.

Bagian Ketiga
Pengorganisasian Sub Komite

Pasal 82

Komite Medik dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Sub Komite, yang terdiri dari:

- a. Sub Komite Kredensial;
- b. Sub Komite Mutu Profesi; dan
- c. Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi.

Pasal 83

Pembentukan Komite dan Sub Komite ditetapkan oleh Direktur dengan masa kerja 3 (tiga) tahun atas usulan Ketua Komite Medik setelah memperoleh kesepakatan dalam rapat pleno Komite Medik.

Pasal 84

Susunan organisasi Sub Komite terdiri dari :

- a. Ketua;
- b. Sekretaris; dan
- c. Anggota.

Paragraf 1
Subkomite Kredensial

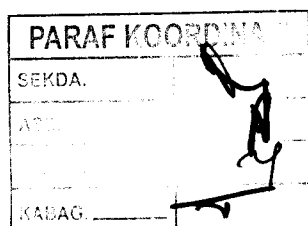
Pasal 85

- (1) Subkomite Kredensial di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit.
- (2) Pengorganisasian subkomite kredensial sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik

Pasal 86

Tugas dan wewenang subkomite kredensial adalah:

- a. Menyusun dan mengkompilasi daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok Staf Medis;
- b. Melakukan pemeriksaan dan pengkajian :
 - 1. Kompetensi;



2. Kesehatan fisik dan mental;
 3. Perilaku;
 4. Etika profesi.
- c. Mengevaluasi data pendidikan profesional kedokteran berkelanjutan (P2KB/ P3KGB) tenaga medis;
 - d. Mewawancarai pemohon kewenangan klinis;
 - e. Melaporkan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada Komite Medik; dan
 - f. Melakukan proses re-kredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari Komite Medik.

Pasal 87

Proses kredensial yang dilakukan oleh Sub komite Kredensial meliputi elemen:

- a. Kompetensi:
 1. berbagai area kompetensi sesuai standar kompetensi yang disahkan oleh lembaga pemerintah yang berwenang;
 2. kognitif;
 3. afektif;
 4. psikomotor.
- b. Kompetensi fisik;
- c. kompetensi mental/perilaku; dan
- d. perilaku etis (*ethical standing*).

Pasal 88

- (1) Proses kredensial dilaksanakan dengan semangat keterbukaan, adil dan obyektif sesuai dengan prosedur serta terdokumentasi.
- (2) Proses kredensial dilakukan oleh Tim Mitra Bestari yang merupakan bentukan dari Sub komite Kredensial.
- (3) Setelah dilakukannya proses kredensial komite medik akan menerbitkan rekomendasi kepada kepala/direktur rumah sakit tentang lingkup kewenangan klinis seorang staf medis.
- (4) Kewenangan klinis sesuai ayat (3) di atas diberikan dengan memperhatikan derajat kompetensi dan cakupan praktik.

Pasal 89

- (1) Sub komite kredensial melakukan rekredensial bagi setiap staf medis dalam hal :



- a. masa berlaku surat penugasan klinis (*clinical appointment*) yang dimiliki oleh staf medis telah habis masa berlakunya;
 - b. staf medis yang bersangkutan diduga melakukan kelalain terkait tugas dan kewenangannya;
 - c. staf medis yang bersangkutan diduga terganggu kesehatannya, baik fisik maupun mental.
- (2) Dalam proses rekredensial subkomite kredensial dapat memberikan rekomendasi:
- a. kewenangan klinis yang bersangkutan dilanjutkan;
 - b. kewenangan klinis yang bersangkutan ditambah;
 - c. kewenangan klinis yang bersangkutan dikurangi;
 - d. kewenangan klinis yang bersangkutan dibekukan untuk waktu tertentu;
 - e. kewenangan klinis yang bersangkutan diubah/dimodifikasi; dan
 - f. kewenangan klinis yang bersangkutan diakhiri.
- (3) Subkomite kredensial wajib melakukan pembinaan profesi melalui mekanisme pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang kewenangan klinisnya ditambah atau dikurangi.

Paragraf 2
Subkomite Mutu Profesi


Pasal 90

- (1) Subkomite mutu profesi di rumah sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di Rumah Sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite mutu profesi sekurang-kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik.

Pasal 91

Tugas dan wewenang subkomite mutu profesi adalah :

- a. Berperan menjaga mutu profesi medis dengan memastikan kualitas asuhan medis yang diberikan oleh staf medis melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).
- b. Melakukan audit medis;

PARAF KOORDINASI	
SEKDA	
ASST	
REVISI	

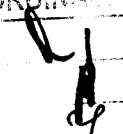


- c. Mengadakan pertemuan ilmiah internal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB)/(P2KGB) bagi tenaga medis;
- d. Mengadakan kegiatan eksternal Program Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan/ Program Pendidikan Kedokteran Gigi Berkelanjutan (P2KB)/(P2KGB) bagi tenaga medis rumah sakit;
- e. Memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi tenaga medis yang membutuhkan; dan
- f. Memberikan usulan untuk melengkapi kebutuhan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis.

Pasal 92

- (1) Audit medis yang dilakukan oleh Rumah Sakit adalah kegiatan evaluasi profesi secara sistemik yang melibatkan mitra bestari (*peer group*) yang terdiri dari kegiatan *peer-review*, *surveillance* dan *assessment* terhadap pelayanan medis di Rumah Sakit.
- (2) Hasil dari audit medis sebagaimana pada ayat (1) berfungsi sebagai:
 - a. sebagai sarana untuk melakukan penilaian terhadap kompetensi masing-masing staf medis pemberi pelayanan di Rumah Sakit;
 - b. sebagai dasar untuk pemberian kewenangan klinis (*clinical privilege*) sesuai kompetensi yang dimiliki;
 - c. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan pencabutan atau penangguhan kewenangan klinis (*clinical privilege*); dan
 - d. sebagai dasar bagi komite medik dalam merekomendasikan perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis seorang staf medis.

Pasal 93

- (1) subkomite mutu profesi menentukan pertemuan-pertemuan ilmiah yang harus dilaksanakan oleh masing-masing kelompok staf medis.
- (2) Selain pertemuan ilmiah sebagaimana disebutkan pada huruf a, subkomite mutu profesi dapat pula mengadakan pertemuan berupa pembahasan kasus yang meliputi kasus kematian (*death case*), kasus sulit, maupun kasus langka.
- (3) Subkomite mutu profesi bersama-sama dengan kelompok staf medis menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang akan dibuat oleh subkomite mutu profesi

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
ASST.	
KABAG.	

yang melibatkan staf medis rumah sakit sebagai narasumber dan peserta aktif.

- (4) Subkomite mutu profesi bersama dengan sub bagian kepegawaian dan diklat Rumah Sakit memfasilitasi kegiatan tersebut dan dengan mengusahakan satuan angka kredit dari ikatan profesi.
- (5) Subkomite mutu profesi menentukan kegiatan-kegiatan ilmiah yang dapat diikuti oleh masing-masing staf medis setiap tahun dan tidak mengurangi hari cuti tahunannya.
- (6) Setiap pertemuan ilmiah yang dilakukan harus disertai notulensi, kesimpulan dan daftar hadir peserta yang akan dijadikan pertimbangan dalam penilaian disiplin profesi.

Pasal 94

- (1) Komite medik berkoordinasi dengan Direktur untuk memfasilitasi semua sumber daya yang dibutuhkan untuk proses pendampingan (*proctoring*).
- (2) Subkomite mutu profesi menentukan nama staf medis yang akan mendampingi staf medis yang sedang mengalami sanksi disiplin/mendapatkan pengurangan *clinical privilege*.

Paragraf 3

Subkomite Etika Dan Disiplin Profesi

Pasal 95

- (1) Subkomite etika dan disiplin profesi di Rumah Sakit terdiri atas sekurang-kurangnya 3 (tiga) orang staf medis yang memiliki surat penugasan klinis (*clinical appointment*) di rumah sakit tersebut dan berasal dari disiplin ilmu yang berbeda.
- (2) Pengorganisasian subkomite etika dan disiplin profesi sekurang kurangnya terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota, yang ditetapkan oleh dan bertanggung jawab kepada Ketua Komite Medik

Pasal 96

Tugas subkomite etika dan disiplin profesi :

- a. Melakukan pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran;
- b. Melakukan upaya pendisiplinan pelaku profesional di rumah sakit; dan
- c. Memberikan nasehat dan pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada pelayanan medis pasien.

PARAF KOORDINASI	
SEKDA.	
KASAG.	

Pasal 97

Tolok ukur yang menjadi dasar dalam upaya pendisiplinan perilaku profesional staf medis, antara lain:

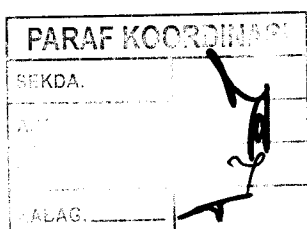
- a. pedoman pelayanan kedokteran di rumah sakit;
- b. prosedur kerja pelayanan di rumah sakit;
- c. daftar kewenangan klinis di rumah sakit;
- d. pedoman syarat-syarat kualifikasi untuk melakukan pelayanan medis (*white paper*) di rumah sakit;
- e. kode etik kedokteran Indonesia;
- f. pedoman perilaku profesional kedokteran (buku penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik);
- g. pedoman pelanggaran disiplin kedokteran yang berlaku di Indonesia;
- h. pedoman pelayanan medik/klinik; dan
- i. standar prosedur operasional asuhan medis.

Pasal 98

- (1) Penegakan disiplin profesi dilakukan oleh sebuah panel yang dibentuk oleh ketua subkomite etika dan disiplin profesi.
- (2) Panel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri 3 (tiga) orang staf medis atau lebih dalam jumlah ganjil dengan susunan sebagai berikut:
 - a. 1 (satu) orang dari subkomite etik dan disiplin profesi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dengan orang yang diperiksa; dan
 - b. 2 (dua) orang atau lebih staf medis dari disiplin ilmu yang sama dengan yang diperiksa dapat berasal dari dalam rumah sakit atau luar rumah sakit, baik atas permintaan komite medik dengan persetujuan Direktur rumah sakit atau Direktur rumah sakit terlapor.
- (3) Panel tersebut dapat juga melibatkan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit.
- (4) Pengikutsertaan mitra bestari yang berasal dari luar rumah sakit mengikuti ketentuan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit berdasarkan rekomendasi Komite Medik

Pasal 99

Pelaksanaan pembinaan profesionalisme kedokteran dapat diselenggarakan dalam bentuk ceramah, diskusi, simposium, lokakarya, dan lainnya yang dilakukan oleh unit kerja Rumah Sakit terkait yang berkoordinasi dengan Komite Medik dan KSMF terkait.



Pasal 100

- (1) Pengambilan keputusan etis pada suatu kasus pengobatan di Rumah Sakit dapat meminta pertimbangan kelompok profesinya melalui Komite Medik.
- (2) Subkomite etika dan disiplin profesi mengadakan pertemuan pembahasan kasus dengan mengikutsertakan pihak-pihak terkait yang berkompeten untuk memberikan pertimbangan pengambilan keputusan etis.

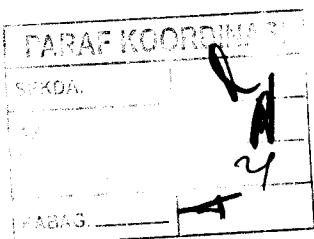
Pasal 101

Tiap-tiap sub komite bertanggungjawab kepada Ketua Komite Medik mengenai pelaksanaan tugas dan kewajiban yang dibebankan kepadanya.

BAB VI
PERATURAN PELAKSANAAN TATA KELOLA KLINIS
(CLINICAL GOVERNANCE)

Pasal 102

- (1) Semua pelayanan medis dilakukan oleh setiap di Rumah Sakit berdasarkan penugasan klinis dari Direktur.
- (2) Dalam keadaan bencana alam, kegawatdaruratan akibat bencana massal, kerusakan yang menimbulkan banyak korban maka semua dapat diberikan penugasan klinis untuk melakukan tindakan penyelamatan di luar kewenangan klinis yang dimiliki, sepanjang yang bersangkutan memiliki kemampuan untuk melakukannya.
- (3) Masing-masing KSMF wajib membuat pedoman pelayanan medis, standar prosedur operasional dan peraturan pelaksanaan lainnya yang ditetapkan oleh Direktur.
- (4) Kebijakan teknis operasional pelayanan medis tidak boleh bertentangan dengan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) ini.
- (5) Masing-masing anggota KSMF wajib menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam melaksanakan tugas, baik di lingkungannya maupun dengan KSMF lain atau instansi lain yang terkait.
- (6) Untuk menangani pelayanan medis tertentu, Direktur dapat membentuk panitia atau kelompok kerja.
- (7) Setiap Ketua KSMF wajib membantu Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan serta Komite



Medik dalam melakukan bimbingan, pembinaan dan pengawasan terhadap anggotanya.

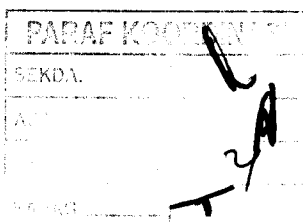
BAB II KETENTUAN PENUTUP

Pasal 103

- (1) Peraturan Walikota ini dapat dievaluasi atau ditinjau kembali apabila terdapat hal yang tidak sesuai lagi untuk disesuaikan dengan perkembangan profesi medis dan kondisi Rumah Sakit dan dituangkan dalam Perubahan.
- (2) Perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diajukan secara tertulis dari salah satu pihak yang terkait dengan Peraturan Walikota ini, yaitu Dewan Pengawas, Direksi, Komite dan/atau Kelompok Staf Medis Fungsional.
- (3) Usulan perubahan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), selambat-lambatnya dalam waktu satu bulan sudah mendapatkan jawaban baik diterima maupun ditolak.
- (4) Perubahan dilakukan dengan menambah Pasal baru (*Addendum*) dan/atau merubah Pasal yang telah ada (*amandemen*) dalam Peraturan Walikota ini.
- (5) *Addendum dan/atau Amandemen* sebagaimana dimaksud pada ayat (4), merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

Pasal 104

Dengan ditetapkannya Peraturan Walikota ini, maka Peraturan Walikota Batam Nomor 4 Tahun 2010 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Kota Batam (Berita Daerah Kota Batam Tahun 2010 Nomor 107) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.



Pasal 105

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Batam

Ditetapkan di Batam
pada tanggal **23** April 2014

WALIKOTA BATAM,



AHMAD DAHLAN

Diundangkan di Batam
pada tanggal **23** April 2014

SEKRETARIS DAERAH KOTA BATAM,



AGUSSAHIMAN

BERITA DAERAH KOTA BATAM
TAHUN 2014 NOMOR **355**

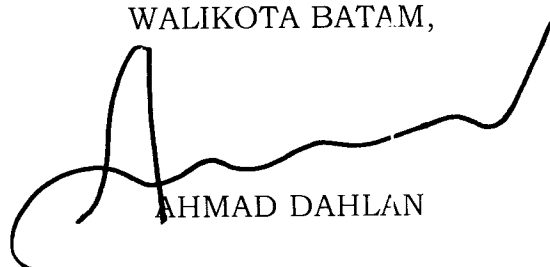
Pasal 105

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal di undangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Batam

Ditetapkan di Batam
pada tanggal 23 April 2014

WALIKOTA BATAM,



AHMAD DAHLAN

Diundangkan di Batam
pada tanggal 23 April 2014

SEKRETARIS DAERAH KOTA BATAM,



AGUSSAHIMAN

BERITA DAERAH KOTA BATAM
TAHUN 2014 NOMOR 355

PANGKAL KOORDINASI	
KEPALA DAERAH	
KABAG. DAERAH	
KABAG. KANTOR	
KABAG. ...	
KABAG. ...	